Lane Medical Library

Ueber den Durchbruch perityphlitischer Abscesse in die Blase und die andern Hohlorgane des Beckens.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

AM 10. NOVEMBER 1896

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Otto Oesterlen

aus Stuttgart.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Helber.
- cand. med. Thiemich.
- cand. med. Ratti.

BERLIN

C. VOGTS BUCHDRUCKEREI (DR. E. EBERING)

Linkstrasse 16.

Meinen Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/ueberdendurchbru0000otto

In den letzten Jahrzehnten, in denen die chirurgische Behandlung der Perityphlitiden immer grössere Ausdehnung gewonnen hat und in der Erörterung der Frage sichtlich in den Vordergrund getreten ist, sind besonders die unglücklichen Ausgänge des natürlichen Ablaufs dieser Krankheit stark beleuchtet und Gegenstand zahlreicher casuistischer Beiträge geworden.

Mit Rücksicht auf die Seltenheit einer Spontanheilung perityphlitischer Abscesse auf dem Wege des Durchbruchs in die Blase, dürfte es von Interesse und Wert sein, über 2 Fälle zu berichten, von welchen ich den einen auf der III. medizinischen Klinik des Herrn Geheimrat Prof. Dr. Senator beobachten konnte, während der andere mir von Herrn Geheimrat Senator gütigst zur Mitteilung überlassen wurde.

I. Fall.

Th. J., Kartograph, 16 Jahre alt, stammt aus gesunder Familie und hat in seiner Kindheit Masern gehabt. Im März 95 will er eine Blinddarmentzündung mit heftigen Schmerzen durchgemacht haben. Er lag damals 9 Wochen krank. Im Juni 95 machte Pat. eine „Dysenterie“ (?) durch; kurze Zeit darauf wurde er wegen „Mumps“ behandelt. Am 23. September 95 erkrankte er von neuem, und zwar um 8 Uhr abends, nachdem er sich tagsüber völlig wohl gefühlt und gearbeitet hatte, mit Leibschmerzen, Erbrechen und Durchfall. Er legte sich zu Bett; da die Schmerzen sich aber nicht besserten, suchte er am 26. 9. die Universitätspoliklinik auf, von wo er nach der Charité geschickt wurde. Bei der Aufnahme kagte Pat. über Schmerzen im Unterleib und zwar auf

beiden Seiten, ferner über Durchfall, Appetitlosigkeit und Fieber; letzteres hatte die Höhe von 38,5°.

26. 9. 95. Stat. praes.: Pat. ist von etwas gracilem Körperbau, mittlerem Ernährungszustande, etwas blass. Oedeme, Exantheme, Drüsenschwellungen sind nicht vorhanden. Der panniculus ist mässig, die Haut ziemlich trocken. Der Hals bietet nichts abnormes, die Zunge ist rein.

Die Untersuchung der Thoraxorgane ergiebt nichts abnormes. Das Abdomen bietet äusserlich nichts auffallendes, insbesondere nirgends eine Vorwölbung. Bei der Betastung erweist sich das ganze Abdomen resistent und zwar rechts in höherem Grade als links. Schmerzhaftigkeit ist überall vorhanden und zwar ist diese rechtsseitig unterhalb des Nabels am stärksten. Der Perkussionsschall ist nirgends auffallend gedämpft, doch zeigt sich über dem rechten Poupartschen Bande eine leichte Abkürzung des Schalles. Die Milz ist nicht palpabel, auch percutorisch nicht vergrössert.

Die Leber reicht in der rechten Mammillarlinie bis zum Rippenbogen, in der Medianlinie bis zwei Finger breit oberhalb des Nabels.

Der Urin zeigt weder Albumen, noch Saccharum, ist klar, hell.

Temperatur: nachmittags 38,5.

Puls 88, regelmässig, von mittlerer Füllung und Spannung.

Ord.: 2stdl. 5 Tropfen Tct. op. spl.

27. 9. Die Temperatur ist auf 38° gesunken; am Gesamtstatus keine Aenderung.

Von jetzt ab: 3stdl. 5 Tropfen op.

28. 9. Das Abdomen wird noch sehr gespannt gehalten; beim Eindrücken auf der rechten Seite des Abdomens werden Schmerzen empfunden.

Temp.: vorm. 37,4,
nachm. 37,8.

29. 9. Pat. hat bei der Inspiration Schmerzen in der rechten Seite der Brust. Eine genauere Untersuchung ergiebt: Voller, lauter Lungenschall rechts vorn bis zur 5. Rippe; Leberdämpfung von hier nach abwärts bis 2-Querfingerbreit unterhalb des Rippenbogens. Von hier ab weiter nach abwärts voller tympanitischer Schall.

Temp.: vorm. 37,6,
nachm. 37,4.

Tct. op. 4stdl. 5 Tropfen.

30. 9. Die Schmerzen haben nachgelassen; das Abdomen ist noch etwas gespannt, aber entschieden weicher geworden. Die Regio iliaca dextra ist stärker gespannt, als die regio iliaca sinistra; beiderseits spannen sich die Musc. recti.

Temp.: vorm. 37,0,
nachm. 37,4.

Bis jetzt keine Stuhlentleerung.

1. 10. In der Nacht, frühmorgens und nachmittags je ein Stuhl von breiiger Konsistenz ohne Besonderheiten.

Temp.: vorm. 37,4,
nachm. 37,3.

2. 10. Pat. hat keine Schmerzen mehr; das Abdomen ist weich.

Temp.: vorm. 37,3,
nachm. 37,4.

3. 10. abends Leibschmerzen.

Temp.: vorm. 37,0,
nachm. 37,2.

4. 10. Leibschmerzen haben etwas nachgelassen.

Temp.: vorm. 37,4,
nachm. 37,6.

5. 10. Pat. klagt wieder über stärkere Schmerzen in der r. Bauchhälfte. Die Temperatur ist abends auf 38,7° gestiegen. In der Mitte des Leibes zeigt sich unterhalb des Nabels eine ungefähr 3-querfingerbreite Vorwölbung. Bei der Palpation ist die ganze Gegend oberhalb des Nabels, sowie die noch 1-Querfinger unterhalb desselben gelegene Partie schmerzhaft. Entsprechend der Ausbreitung, welche die Vorwölbung nach der Seite besitzt, reicht die auf Druck schmerzhafte Zone nach rechts bis zur rechten Papillarlinie, nach links bis zum Aussenrand des linken Musc. rectus. Die ganze vorgewölbte Partie zeigt gleichzeitig eine stärkere Resistenz als die Umgebung.

Temp.: vorm. 37,4,
nachm. 37,8.

Tct. op. 2stdl. 5 Tropfen. Heisse Umschläge auf das Abdomen.

6. 10. Der Urin des Patienten ist im Gegensatz zum bisherigen Verhalten sehr trübe, hat reichliches dickes Sediment und einen intensiv faekulenten Geruch. Mikroskopisch finden sich im Urin zahlreiche Leukocyten und einige bräunliche Körnchen, die sich aber nicht sicher als Kotbestandteile erweisen.

Die unter dem gestrigen beschriebene Vorwölbung und Resistenz erstreckt sich heute nach unten bis zur Symphyse.

Temp.: vorm. 37,7,
nachm. 37,5.

Ord.: Opium 2stdl. 5 Tropfen, 4 × tgl. 0,5 g Salol.

7. 10. Pat. fühlt sich wohl. Die Resistenz in der Gegend des Nabels und nach unten von ihm besteht noch ebenso stark, auch ist die Vorwölbung und Druckempfindlichkeit dieser Partieen nicht verändert. Pat. hat spontan keine Schmerzen und keine besonderen, subjektiven Klagen.

Mit Rücksicht auf die Eiterbeimengungen im Urin wird Pat. angewiesen, stündlich Urin zu lassen.

Temp.: vorm. 36,8,
nachm. 37,0.

8. 10. Sämtliche, einstündlich gelassenen Urinportionen zeigen ein krümeliges, eitriges Sediment. Mikroskopisch zeigt der Urin keine Tripelphosphate, nur Leukocyten.

Patient hat keine subjektiven Beschwerden; keine Temperatursteigerung. Der objektive Lokalbefund zeigt eine Resistenz, welche von der Symphyse bis 2-Finger breit unterhalb des Nabels reicht. Die Resistenz erstreckt sich deutlich bis in die rechte fossa iliaca, die linke fossa iliaca ist frei.

Vom Nachmittag an zeigt der Urin keine so starken Eiterbeimengungen mehr wie bisher. Die bakteriologische Untersuchung des unter aseptischen Kautelen entnommenen Urins ergiebt Reinkulturen von bacterium coli commune. Dasselbe zeigt sich dem Kaninchen gegenüber virulent.

Das Tier bekommt 3 Tage Durchfall und Fieber, ohne dass es jedoch eingeht.

Ord.: Natr. salicyl. 4,0 g pro die. Salol ausgesetzt.

9. 10. Nur einige Portionen des gestern nachmittag gelassenen Urins zeigen ein Eitersediment. Am Abdomen ist der Befund unverändert. Kein Fieber.

10. 10. Entlang beiden mm. recti ist eine Resistenz zu fühlen, die am stärksten zwischen Nabel und Symphyse ist. Nach rechts setzt sich dieselbe zum Poupartschen Bande fort, nach links ist dieselbe nicht zu fühlen. In sämtlichen Urinen finden sich nur spärliche Eiterbeimengungen.

Temp.: normal.

11. 10. Die Resistenz entspricht jetzt in ihrer Konfiguration der Blase, hat Birnenform und ist über der Symphyse stärker, als weiter oben. Der Urin enthält heute verhältnismässig wenig Eiterbeimengungen.

12. 10. morgens: Die Resistenz im prävesikalen Raum ist grösser und härter, als bisher. In der l. Inguinalgegend ist ein harter, nach oben ziehender Strang durchzufühlen. (Colon descendens.)

Urinmenge reichlich, Eiterbeimengung spärlicher.

Nachmittags: Die Gegend dicht oberhalb der Symphyse ist etwas weicher, als heute morgen, dagegen ist die Partie dicht unterhalb des Nabels noch ziemlich resistent.

13. 10. Durch Glycerinklysma wird eine grosse Menge festen Stuhls entleert. Der unter dem gestrigen beschriebene Strang, entsprechend dem Colon descendens lässt sich nicht mehr abtasten. Befund in der Blasengegend unverändert.

14. 10. Die Gegend der Blase ist auf Druck nicht mehr empfindlich, die Resistenz nicht mehr so intensiv. Der Urin zeigt nur wenig Eiterbeimengungen.

16. 10. Spontaner Stuhl von fester Konsistenz und brauner Farbe. Urin fast ohne Trübung, Resistenz in der Blasengegend bedeutend geringer. Subjektives Befinden gut.

18. 10. Das Abdomen ist weicher.

22. 10. Abdomen völlig weich; nirgends auffallende Resistenz.

24. 10. Die ganze Gegend der Blase ist nicht mehr druckempfindlich.

26. 10. Pat. wünscht, da er sich ganz beschwerdefrei fühlt, seine Entlassung.

Epikrise.

Dass es sich in dem vorliegenden Fall um eine Perityphlitis handelte, ergiebt sich aus Anamnese und objek-

tivem Befund. Die Perityphlitis hatte schon aufgehört, deutliche Symptome zu machen, als plötzlich unter Temperatursteigerung eine Resistenz und Vorwölbung in der Gegend des Nabels auftrat, die vorwiegend in der Mitte ihren Sitz hatte, aber deutlich von der rechten Seite ausging. Dies war am 12. Krankheitstage der Fall. Am folgenden Tage trat faekulent riechender Urin mit starkem eitrigem Bodensatz auf, und es konnte keinem Zweifel unterliegen, dass es sich um eine Perforation eines perityphlitischen Abscesses in die Blase handelte. Wenn auch trotz sorgfältigsten Suchens weder makroskopisch noch mikroskopisch Kotbeimengungen in dem Urin zu entdecken waren, so verriet doch der Geruch und ebenso die Berücksichtigung der Anamnese und des vorhergegangenen Krankheitsverlaufs deutlich die Provenienz dieses Eiters aus einem Abscess, der mit dem Darm irgendwie in Beziehung stehen musste. Zwei Tage nach dem Durchbruch dieses Abscesses in die Blase begann schon die Eiterbeimengung zum Urin spärlicher zu werden und die Ausdehnung der Resistenz abzunehmen. Dieselbe lokalisierte sich in der letzten Zeit ihres Bestehens vorwiegend in der Gegend der Blase und hier insbesondere in den direkt oberhalb der Symphyse gelegenen Partieen, im sogenannten prävesikalen Raum. — Therapeutisch wurde in der ganzen Zeit, während welcher eine Eiterbeimengung zum Urin zu konstatieren war, nur eine reichliche Diurese angebahnt durch Verabfolgung von viel Getränk, und eine gewisse antiseptische Beeinflussung des Blaseninhalts durch Verabreichung von Salol erstrebt. Es wurde dabei vor allem jedwede mechanische Reizung der Blase durch Ausspülungen etc. vermieden. Es ist zu bemerken und auch aus der Krankengeschichte ersichtlich, dass die Hauptkrankheit, welche zu dieser interessanten und für den Ausgang der Sache so bedeutsamen Komplikation geführt hat, eine relativ leichte war. Denn der

Habitus des Pat. war nicht der eines Schwerkranken. Die Leibschmerzen waren nicht hochgradig, trugen jedenfalls nicht den Charakter der Kolik; es bestand kein Meteorismus. Der Puls war von guter Beschaffenheit.

Ferner kündete sich der Durchbruch des Abscesses nicht durch schwere Erscheinungen an, nur das Auftreten der in der Krankengeschichte beschriebenen Resistenz und einige vorübergehende Temperatursteigerungen kündeten den Durchbruch an. Auch während des Bestehens einer Kommunikation zwischen Blase und Abscesshöhle waren die subjektiven Störungen im Befinden des Pat. von geringer Art. Es muss besonders hervorgehoben werden, dass eine alkalische Zersetzung des Blaseninhalts, eine eigentliche Cystitis während des ganzen Verlaufs nicht zu bemerken war. — Mit dem Eintritt der Entleerung des Abscesses per vias naturales trat bei dem Pat. sichtliche Erleichterung auf, und der Abscess, der, wie es scheint, von einem der Palpation weniger zugänglichen Ort seinen Sitz allmählich nach dem prävesikalen Raum verlegt hatte, verschwand vollständig. Als Pat. gegen den Willen der Aerzte vorzeitig das Krankenhaus verliess, war entschieden der Eindruck vorhanden, als wenn entweder die ganze vorhandene Eitermenge oder wenigstens der grössere Teil derselben ihren Weg nach aussen genommen habe; (man konnte gerade den Eiterherd im prävesikalen Raum besonders gut abtasten). Man hat in diesem Fall ein Recht zu sagen, dass durch Naturhilfe dasjenige zustande gebracht wurde, was die Chirurgie erstrebt: eine Entleerung des Eiters nach aussen.

II. Fall.

An diesen Fall schliesst sich der folgende an, welcher einen 41jährigen Kaufmann betrifft, der auf der Abteilung des Herrn Geheimrat Senator im Augustahospital zu Berlin im Jahre 1880 zur Beobachtung gelangte.

M. K., Kaufmann, 41 Jahre alt, erkrankte im August

des Jahres 1880 ohne nachweisbare Veranlassung mit Schmerz und Lähmung in der rechten Hüfte und dem rechten Oberschenkel, sodass er den Weg von seinem Geschäftslokal nach der Wohnung nicht mehr allein zurücklegen konnte. Er bekam Kataplasmen, Blutegel, musste zu Bett liegen, konnte aber nach 2—3 Wochen wenigstens am Stock umhergehen. Nach etwa 4 Wochen trat eine Verschlimmerung ein, wobei das rechte Bein anschwoll. Später wurde auch das linke Bein dick, und einmal soll auch eine vorübergehende Anschwellung am rechten Vorderarm bestanden haben. Seit 1 oder 2 Tagen besteht auch eine Schmerzhaftigkeit am linken Knöchelgelenk, ohne dass dasselbe geschwollen ist.

Status präsens: Der objektive Status des Patienten ergiebt nichts auffallendes, insbesondere sind die Herztöne rein. Im Gesicht keine Anschwellung. Der rechte Oberschenkel und Unterschenkel sind stark geschwollen, etwas weniger der linke Ober- und Unterschenkel, die Füsse zeigen keine Schwellung. Auf Druck ist das rechte Hüftbein, und namentlich die Gegend des Trochanter stark schmerzhaft; auch die Lendengegend ist schmerzhaft und angeschwollen. Der Urin ist etwas hochgestellt, an Menge nicht vermindert, trübe, ziemlich stark albumenhaltig.

Im Sediment finden sich hauptsächlich Eiterkörperchen in grosser Anzahl, einzelne blasse, mit wenig Körnchen besetzte Cylinder und einige verfettete Zellen.

Nach einigen Tagen wurde auf dem Rücken ein grosser Hautabscess incidiert. Am 14. Tage nach der Aufnahme zeigte der Urin plötzlich ein starkes gelblichweisses Sediment, das sich nach 24stündigem Stehen abgesetzt hatte. In diesem waren nichts, als zahllose Eiterkörperchen und Mikrokokkenhaufen zu sehen. Ab und zu fanden sich später in dem stets eiterhaltigen Urin noch einige blasse Cylinder. Der Patient blieb noch bis Ende Dezember und wurde dann entlassen. Die Anschwellung in der Lendengegend war bei seinem Austritt verschwunden. —

Epikrise.

Ausser einer schweren Nephritis, die vorlag, wurde noch eine Eiterung angenommen, die von der fossa iliaca dextra ausging. Die starke Schmerzhaftigkeit an dieser Stelle, die Anschwellung der rechten unteren Extremität

sprachen hierfür. Möglicherweise war es ein paratyphlitischer Abscess, der sich im retrocoekalen Gewebe nach der Niere hinaufzog und in der Lendengegend die Anschwellung und Schmerzhaftigkeit bedingte. Der Eiter brach dann an irgend einer Stelle in die Harnwege durch, womit auch die Lendenanschwellung verschwand. Die Feststellung dieser Frage ist im Prinzip nicht so wichtig; als der Hinweis darauf, dass in diesem Fall eine in der rechten Darmbeinhöhle gelegene Eiteransammlung auf dem Wege des Durchbruchs durch die Harnwege nach aussen in dem Grade zur Ausheilung kam, als die lokalen Erscheinungen sich zurückbildeten, und aus diesem Grunde hat der soeben geschilderte Fall eine enge Beziehung zu dem an erster Stelle mitgeteilten.

Die Litteratur enthält eine Reihe von Mitteilungen über Fälle von Eiteransammlung im kleinen oder im grossen Becken, bei welchen es zu einer Entleerung des Eiters nach aussen dadurch kam, dass die Eitermassen in eines der im grossen oder kleinen Becken befindlichen Hohlorgane, welche eine Kommunikation mit der Aussenwelt herstellen, durchbrachen.

Von diesen Hohlorganen kommen in Betracht: Die Harnwege, vor allem die Blase, sodann der Darm, speziell das coecum und rectum, und bei Frauen der Genitalapparat, speziell die vagina.

Besonders ausführlich finde ich einen Fall von Münnich erwähnt. (Monatsschrift für Geburtskunde, Band XXI, Seite 269.)

Ein Mann in mittleren Jahren wurde mit allen Zeichen eines circumscripten peritonitischen Exsudats in der rechten Fossa iliaca aufgenommen. Etwa nach 14 Tagen traten heftige Schmerzen in der Vesikalgegend ein; der Urin setzte ein schleimig-eitriges Sediment ab, während gleichzeitig eine merkliche Abnahme des Exsudats beobachtet

wurde. Ein später auftretender fäkulenter Geruch des Harnes und die durch mikroskopische Untersuchung desselben nachgewiesenen Beimischungen von Darminhalt stellten eine Kommunikation zwischen Darm und Blase ausser Zweifel. Schon nach 10—12 Tagen erfolgte in diesem Fall eine Obliteration der Fistel; es waren keine Darmkontenta mehr im Urin nachzuweisen. Der Urin enthielt zwar noch längere Zeit Eiter, indes etwa 8 Wochen nach der Aufnahme konnte Pat. als geheilt entlassen werden. Die vor seiner Entlassung noch einmal angestellte Untersuchung des Unterleibes ergab, dass das Exsudat in der r. fossa iliaca gänzlich verschwunden war; es liess sich nur durch die schlaffen Bauchdecken hindurch noch deutlich eine strangartige harte Masse durchfühlen, die wenigstens teilweise für den obliterierten Processus vermiformis angesprochen werden konnte.

Grisolle (Archives générales de médecine) erwähnt 3 Fälle ähnlicher Art. Lever beobachtete den Durchbruch eines perityphlitischen Abscesses in die Blase bei einem 6 Monate alten Kinde. Die bisher genannten 5 Fälle hatten einen günstigen Ausgang; ein Fall von Bossard endete letal. Bei der Sektion sah man 2 Gänge, die in die rechte Blasenseite mündeten; der eine war der Ureter, durch den andern gelangte man ins coecum, es war der Wurmfortsatz. Der grösste Teil des Urins war intra vitam in diesem Falle durch die abnorme Kommunikation ins coecum entleert worden und hatte infolge der hierdurch erzeugten wässerigen Stühle grosse diagnostische Schwierigkeiten bereitet.

Jüngst hat Baumgärtner einen Fall veröffentlicht, bei welchem es zur Perforation eines intraligamentären Abscesses in die Blase kam. Allerdings war in diesem Fall später noch eine Operation nötig.

Frl. M. H. aus B . . . n, sonst gesund, erkrankte im Jahre 1888 an Magengeschwüren, im Juni 1887 an Perityphlitis; Exsudat in der Ileocoekalgegend, Dysurie, die 4 Tage den Katheter erforderte. Am 6. Tage erfolgte ein Eiterdurchbruch durch die Blase. Abfall des Fiebers.

Nach weiteren 2 Tagen erneutes Fieber mit Thrombose in der r. Cruralvene, die rasch auf das ganze Bein überging, aber schon nach 3 Tagen Hochlagerung zu schwinden begann. Die Eiterentleerungen durch die Blase hörten nach 10 Tagen auf: Exsudat nach 4 Wochen geschwunden; Bein nach 14 Tagen abgeschwollen. Nach weiteren 14 Tagen 2., nach weiteren 4 Wochen 3. Anfall. Im September 89 wurde noch eine Geschwulst im Becken rechts vom Uterus gefunden und für einen perityphlitischen Exsudatrest angesprochen. Zu Ende September 1889 4. Anfall mit günstigem Verlauf. Am 16. März 1890 5. Anfall, plötzlich auftretend, mit erneuter Schwellung und Temperatur von 39,0—40,4. Mai 1890. Erhöhte Druckempfindlichkeit, ein fingerdicker Strang lässt sich über die Psoasmuskulatur nach unten gegen die Blase hin verfolgen. Uterus retro vertiert, nach rechts fixiert, cervix nach links. Rechtes ovarium nicht abzutasten, linkes beweglich, Katarrh des cervix ohne Erosion.

Im Urin täglich Eiter, keine nephritischen Formelemente. Mitte September 1890 erneuter Anfall mit heftigen Schmerzen, der mit Entleerung übelriechenden Eiters per anum endete und im Leibe plötzlich Erleichterung brachte. Dysmenorrhoische Beschwerden und Schmerzen in der Ileocoekalgegend treten in den folgenden Jahren immer wieder auf. Eiter im Urin zeigte sich in abwechselnder Stärke. Am 7. Mai 1894 Operation. Wurmfortsatz oedematös verdickt, im kleinen Becken versenkt, ist durch leicht lösbare Adhäsion an der vorderen Beckenwand fixiert. Am Ende des kleinfingerdicken Fortsatzes eine Einschnürung, aber an keiner Stelle Geschwür oder Durchbruch. Inhalt nur katarrhalische Sekrete, keine Concremente.

Resektion des processus vermiformis; Uterus an der hinteren Beckenwand fixiert; an den Uterus sich anschliessend, itraligamentär, zur linea alba hinaufragend, eine weiche teigige Geschwulst von dünner Wandung, auf welcher nach hinten das recht mässig entwickelte Ovarium adhärent ist. Die Tube in mässiger Verdickung bildet den oberen Rand der Geschwulst. Eine Lösung der Adhäsion wurde nicht vorgenommen, da man den Einbruch der Abscess-

wandung befürchtete. Ein direkter Zusammenhang des Wurmfortsatzes mit der Geschwulst im Ligamente konnte nicht gefunden werden. Eröffnung des Abscesses durch Troicart vom Scheidengewölbe aus; sofortige Entleerung dicken Eiters; Drainage, Bauchwunde heilt per primam. Nach 3 Wochen musste der Zugang zum Abscessraume nochmals in Narkose erweitert werden, bei welcher Gelegenheit die seitliche Durchbruchsstelle in die Blase mit fetzigen Rändern 10-pfennigstückgross gefunden wird. Drainrohr in den Abscessraum und Dauerkatheter in die Blase, um jegliche Neuansammlung zu verhüten und den Schluss des Durchbruchs zu begünstigen. Direkter Verschluss der Perforation für später in Aussicht genommen. Die allmähliche Verödung des Abscesses und den Schluss der Perforation in die Blase herbeizuführen, gelang nicht. Deshalb wurde am 19. Oktober 1894, 5 Monate nach der Excision des Wurmfortsatzes die Blasenfisteloperation von der Scheide her ausgeführt. Die Durchbruchsstelle hatte 50-Pfennigstückgrösse, fetzige, geschwollene Ränder, teils mit vorstehender Schleimhaut. Durch diese Oeffnung präsentiert sich die Blasenschleimhaut am Saume der Wunde verdickt und tief kirschrot gefärbt, in chronisch entzündlichem Zustande. Dauerkatheter in die Blase und Drainage des Abscesses. Nach 14 Tagen war eine Drainage nicht mehr nötig. Rascher Schluss der Wunde. Die Eiterentleerung aus der Blase nahm langsam ab. Im Frühjahr 95 war Pat. nach 7jährigem Bestande der Kommunikation zwischen Blase und Abscessraum genesen.

Da ich in der Litteratur sonst keinen Hinweis auf Fälle finden konnte, bei welchen eine Perforation eines perityphlitischen Abscesses in die Blase zu Stande kam, so muss diese Erscheinung als eine ausserordentliche Seltenheit betrachtet werden.

So z. B. sah Krafft unter 206 Fällen von Perityphlitis 17 mal eine spontane Eröffnung eines perityphlitischen Abscesses in das coecum, während er in seiner Zusammenstellung nur einen einmaligen Durchbruch in die Blase erwähnt. Hinsichtlich des Ausgangs dieser Komplikation im Verlauf

eines perityphlitischen Exsudats ergiebt unsere, wenn auch sehr kleine Zusammenstellung, dass in der Mehrzahl der Fälle diese Verlaufsart zu einer günstigen Wendung im Krankheitsbild führte.

Das auffallendste und sicherste Symptom des Durchbruchs eines perityphlitischen Abscesses in die Blase ist die Entleerung von meist fäkulent riechendem Eiter mit dem Urin; in demselben können sich auch Kotbestandteile, unverdaute Reste einer vorausgegangenen Mahlzeit nachweisen lassen. Wenn dies der Fall ist, so wird die Sicherheit der Diagnose erhöht; dass Kotbestandteile aber nicht notwendig im Urin vorhanden sein müssen, beweist unser erster Fall, wo wiederholt genau auf solche Beimengungen untersucht wurde. Allerdings könnte man vielleicht sagen, dass die Anwesenheit des bacterium coli commune im Urin auf eine direkte Kommunikation des Blasencavums mit dem Darmrohr hindeute, allein daraufhin ist zu entgegnen, dass in neuerer Zeit durch eine Reihe von experimentellen Untersuchungen festgestellt ist, dass auch ohne offene Kommunikation zwischen Blase und Mastdarm ein Uebertritt von bacterium coli in den Urin stattfinden kann. Wir brauchen für unsern Fall keine von weither gesuchten Erklärungen für den Uebertritt des bacterium coli in den Blaseninhalt herbeizuziehen, denn man kann sich sehr gut vorstellen, dass durch den Process der Perityphlitis eine starke Invasion von bacterium coli commune in das umliegende Gewebe stattfindet, ohne dass Kotbestandteile notwendig in diesem vorhanden sein müssen.

Das Auftreten eines fäkulenten, eiterhaltigen Urins kann im einen Falle ganz ohne Vorläufer sich einstellen, in manchen Fällen ist aber, was Dittel als ein ganz besonders wichtiges diagnostisches Moment hervorhebt, der Abgang von Gasen durch die Harnröhre das erste Symptom.

Das Gas, dessen Eintritt in die Harnblase die Patienten spüren, ruft Harndrang hervor. Es wird entweder allein oder mit dem Urin entleert.

Ist ein Eiterherd in die Blase durchgebrochen, so kommt es meist, aber, wie unser 1. Fall zeigt, nicht immer, zu einer Cystitis. Hochgradiger Tenesmus kann auftreten. Dies hebt auch Grisolle auf Grund seiner 3 Fälle hervor.

Was den Zeitpunkt des Durchbruchs anbelangt, so schwankt derselbe in erheblichen Grenzen. Nach Krecke tritt derselbe am häufigsten in der ersten Woche ein. Grisolle giebt als ungefähre Zeitbestimmung den 13.—27. Tag; er hat aber auch Fälle gesehen, wo erst 2—3 Monate nach Beginn der Krankheit die Perforation eintrat.

Die Dauer, während welcher eine Kommunikation bestand, ist eine verschiedene. In unserem 1. Fall ist sie eine relativ kurze.

Intensiv fäkulenter Geruch bestand eigentlich nur 2 Tage; der Urin hatte nach 14 Tagen, wie aus diesen Darlegungen ersichtlich ist, Klarheit erreicht, und um diese Zeit war auch die Resistenz im prävesikalen Raum, also 14 bis 18 Tage nach dem Durchbruch, verschwunden.

Der Durchbruch eines perityphlitischen Abscesses in die Blase kann nicht leicht übersehen werden im Unterschied zu den Perforationen in den Darm und in die weiblichen Genitalien, von welchen in folgendem noch die Rede sein soll. Ein einigermassen intelligenter Patient wird, wenn anders es sein Zustand nicht ausschliesst, selbst die Veränderung seines Urins, die starke Trübung, das Sediment, vor allem den Kotgeruch oder den Abgang von Gasen durch die Harnröhre bemerken; andernfalls macht die Umgebung oder das Wartepersonal den Arzt darauf aufmerksam.

In den Fällen von Durchbruch in die Blase, bei welchen es zur Heilung gekommen ist, muss eine Obliteration des Verbindungsganges zwischen Blase und Abscess-

höhle zustande gekommen sein. In einzelnen Fällen kann eine solche Obliteration ausbleiben.

So sagt Wagner, dass man, wenn die Fistel einige Monate Bestand hat, auf einen spontanen Verschluss derselben nicht mehr rechnen könne. In diesem Fall pflegt es mit wenigen Ausnahmen zur Cachexie zu kommen. Hier kann schliesslich eine operative Behandlung, die Sectio alta mit Darm- und Blasennaht noch Hilfe schaffen. — Auch andere Momente können zu störenden und lebensgefährlichen Folgeerscheinungen beim Durchbruch eines perityphlitischen Abscesses in die Blase Anlass geben.

Kleine in der Blase zurückbleibende Kotkonkremente können zum Ausgangspunkt von Blasensteinen werden; auch kann ein Kotstein direkt in die Blase entleert werden. (Fall v. Bossard.) Diese Zustände werden ebenfalls eine operative Behandlung erfordern.

Bei den viel zahlreicheren Durchbrüchen eines perityphlitischen Abscesses in den Darm ist das coecum der am meisten betroffene Darmteil; bildet es doch meist einen Teil der Abscesswand. An 2. Stelle kommt das rectum; der Dünndarm wird noch seltener perforiert.

Das anatomische Bild solcher Perforationen ist sehr charakteristisch:

„Auf der Serosa der grössere Defekt, ulcerierte Umgebung, zernagter Geschwürsrand; auf der Mucosa eine kleinere Oeffnung mit intakter Nachbarschaft und relativ glatter Umrandung.“ (Sonnenburg.)

Der Durchbruch in den Darm dokumentiert sich durch eiterhaltige Stühle. Wenn, wie in einem Falle von Henoch plötzlich ein ganzer Suppenteller voll Eiter durch den Mastdarm abgeht, so wird dies wohl kaum übersehen werden können. Da jedoch durch die Wirkung der

Fäulnis selbst grössere Eitermengen im Darm zerstört werden können, so entziehen sich selbstverständlich kleinere Eitermengen im Stuhl der Diagnose, namentlich dann, wenn der Stuhl längere Zeit im Darm stagniert hat.

Andrerseits macht Sahli mit Recht darauf aufmerksam, dass eine Reihe von Spontanheilungen von Perityphlitis auf dem Wege zustande kommen kann, dass der Eiter in den Darm perforiert, ohne dass man aus den genannten Gründen imstande wäre, seine Anwesenheit im Stuhl zu erkennen.

Der Eiter im Stuhl scheint meist eine weissliche Farbe zu haben, pus blanchâtre nach Grisolle: auch Tüngel (klinische Mitteilungen, Hamburg 1860) spricht von einer weisslichen, emulsionsartigen Flüssigkeit.

Wird der Eiter per rectum entleert, so geschieht dies bei den meist vorher mit Obstipation behafteten Patienten unter dem Bilde von Durchfällen.

Der obenerwähnte Fall von Henoch, bei dem die Abflussbedingungen offenbar sehr günstige waren, heilte in wenigen Tagen. Abercombrie berichtet 2 Fälle, wo nach reichlicher Entleerung von Eiter durch den Mastdarm die Geschwulst in der fossa iliaca verschwand und Heilung eintrat.

In dem Falle Tüngels handelt es sich um eine 35jährige Frau, die plötzlich von Schmerzen in der Coekalgegend befallen wurde, wo sich bald ein Exsudat bildete. 3 Wochen nach Beginn der Erkrankung trat Durchbruch des Exsudats in den Mastdarm ein; der Eiterabgang war nur wenige Tage und dann in immer abnehmender Menge wahrzunehmen. Gleichzeitig hatte sich die Anschwellung in der Coekalgegend rasch verloren; 4 Tage nach dem Eiterabgang bekam die Kranke Appetit und verliess nach 5 Tagen das Bett.

Auf der III. medizinischen Klinik des Herrn Geheimrat Senator befindet sich zur Zeit eine Kranke, bei welcher es zum Durchbruch eines intraabdominalen Abscesses in

dem Darm kam und deren Befinden dadurch eine wesentliche Besserung erfuhr.

Frau D. geb. M., 37 Jahre alt, aus gesunder Familie. Periode regelmässig. Frühere Krankheiten: Masern, Typhus; sonst gesund.

Jetzige Krankheit: Beim Laubsammeln fiel Pat. am 16. 8. 96 abends eine kleine Anhöhe mit einem Sack auf dem Rücken herab. Sie will sich in diesen Sack beim Sturz verwickelt haben. Sie blieb am Fusse der Anhöhe bewusstlos liegen. Gegen Morgen aus der Ohnmacht erwacht, schleppte sie sich eine kurze Strecke weiter, musste sich dann wieder hinsetzen, wurde aufgefunden und nach der Charité gebracht. Nach ihrem Erwachen aus der Ohnmacht bekam sie heftigen Stuhldrang und profuse Diarrhoe, die jedoch nicht lange anhielt. Während des Transportes trat eine allmähliche Anschwellung des Leibes auf. Bei der Aufnahme klagte Pat. über krampfähnliche Schmerzen im Abdomen.

Stat. praes. Gracil gebaute Frau von kräftiger Muskulatur, mässigem Fettpolster.

Exantheme, Oedeme, Drüsenschwellungen fehlen. Zunge grauweiss belegt. Appetit schlecht, kein Erbrechen.

Die Thoraxorgane bieten ausser Zeichen von Bronchitis keinen auffallenden Befund.

Abdomen: Die oberflächlich gelegenen Partieen des Abdomens haben überall tympanitischen Schall; bei den abhängigen Partien leichte Dämpfung, die mit einer geraden Linie nach oben abschneidet. Die Dämpfung zeigt bei Lagewechsel eine Aenderung.

Urin: wird ohne Beschwerden gelassen, enthält kein Albumen. Der Stuhl ist angehalten.

Temp.: vorm. 37,4
nachm. 37,8

20. 8. Oelklysma 36,4
36,8

21. 8. vorm. 37,5. Mehrfach 0,02 Extract. Opii. 3 ×
nachm. 37,5. tgl. 5 Tropfen. Rein flüssige Diät.

22. 8. vorm. 37,5. 23. 8. vorm. 37,0
nachm. 37,6. nachm. 37,9
Seit gestern flatus.

24. 8. Viel flatus. Kopfschmerzen.
vorm. 37,4.
nachm. 37,8.

Die meteoristische Auftreibung des Darms ist noch vorhanden, ebenso die Dämpfung in den seitlichen Partieen. Allgemeinbefinden nicht auffallend gestört.

25. 8. vorm. 37,1. 26. 8. vorm. 37,0
nachm. 38,3. nachm. 38,2
27. 8. vorm. 36,9. 28. 8. vorm. 37,7
nachm. 37,8. nachm. 38,2

Der Stuhl zeigt auf einmal reichliche Eiterbeimengung.

29. 8. vorm. 37,8. Stuhl eitrig.
nachm. 38,0.
30. 8. vorm. 38,0. 31. 8. vorm. 37,9
nachm. 38,2. nachm. 38,2
1. 9. Eiter geringer. vorm. 38,0
nachm. 38,3
2. 9. vorm. 38,4.
nachm. 37,5.
3. 9. vorm. 37,1. Wenig Eiter.
nachm. 37,7.
4. 9. vorm. 37,2.
nachm. 37,6.
5. 9. vorm. 37,1. 6. 9. vorm. 37,4
nachm. 38,3. nachm. 37,5
7. 9. vorm. 37,3.
nachm. 37,6.

8. 9. Abdomen erheblich weicher. Nur in der linken Unterbauchgegend eine runde schmerzhafte Resistenz fühlbar. Beim Atmen Stiche im linken Hypochondrium.
Vorm. 37,2
Nachm. 38,5

9. 9. Resistenz und Dämpfung sind nur noch in der linken Unterbauchgegend nachweisbar parallel dem Ligamentum Poupartii, 3 Finger oberhalb desselben handbreit vom Nabel nach links. Diese Stelle ist auf Druck wenig empfindlich.
Vorm. 38,0
Nachm. 39,2

10. 9. Dämpfung vollständig aufgehellt. Fieber abgefallen. Drei eitrige Stühle. Keine Schmerzen. Allgemeinbefinden besser.

Vorm. 37,1
Nachm. 38,1

11. 9. Allgemeinbefinden gut. In der linken Unterbauchgegend hat sich eine neue Dämpfung in der gleichen Ausdehnung, wie am 9. 9. eingestellt. Palpation ist dort mässig schmerzhaft.

Vorm. 38,0
Nachm. 39,2

12. 9. vorm. 37,3. Beschwerden geringer,
nachm. 38,8. Viel Schweiss.

13. 9. vorm. 37,8. Viel Schweiss.
nachm. 36,7.

14. 9. vorm. 37,0. Krampfhafte Schmerzen über der
nachm. 37,0. Blase nach Urinlassen. Stuhlgang erschwert. Stuhl dünn, breiig, reich an Eiter.

15. 9. vorm. 37,0. 16. 9. vorm. 37,3
nachm. 38,1. nachm. 37,0
Status melior.

17. 9. vorm. 36,7. 18. 9. vorm. 37,3
nachm. 37,7. nachm. 37,2
Dämpfung völlig aufgehellt.

19. 9. vorm. 37,8
nachm. 36,7. Stuhl fester.

20. 9. vorm. 37,0. 21. 9. vorm. 36,5
nachm. 36,7. nachm. 38,2
Stuhl fest, aber mit Beschwerden.

22. 9. vorm. 36,7
nachm. 38,4. Status idem.

23. 9. Von der linea alba nach rechts höckerige Resistenz bis zur Ileocoekalgegend. Stuhl dünn; Schmerzen nach Urinlassen über der Blase.

Vorm. 36,6
Nachm. 37,9

24. 9. vorm. 36,6.
nachm. 37,8.

25. 9. vorm. 36,8. Befinden besser.
nachm. 38,0.

26. 9. vorm. 37,1. 27. 9. vorm. 37,1
nachm. 37,4. nachm. 37,7

28. 9.	vorm.	36,2.	29. 9.	vorm.	36,6
	nachm.	36,0.		nachm.	37,3
30. 9.	vorm.	36,8.	1. 10.	vorm.	37,0
	nachm.	37,4.		nachm.	37,4
2. 10.	vorm.	37,1.	Status idem.		
	nachm.	37,6.			
3. 10.	vorm.	36,2.	4. 10.	vorm.	36,9
	nachm.	37,4.		nachm.	37,9

Der Stuhl enthält noch Eiter. Pat. befindet sich in fortschreitender Rekonvalescenz.

Abscesse, welche in die weiblichen Genitalien durchbrechen, sind meist para- oder perimetrischen Ursprungs.

Die meisten in der Litteratur aufgeführten Fälle sind solche, wie die von Lever (Cases of pelvic inflammation) und Grisolle (l. c.). Der letztgenannte Autor macht darauf aufmerksam, dass viel häufiger Perforationen in die Vagina durch Abscesse in der linken Darmbeingrube bewirkt werden.

„Cette sorte de prédilection s'explique assez naturellement si l'on se rappelle que les abscès de la fosse iliaque gauche penètrent dans le bassin bien plus facilement que ceux qui se développent du voisinage du coecum. Il est probable que c'est en fusant le long du rectum que le pus finit le plus souvent par aboutir au vagin.“

Grisolle betont ferner, dass der eingetretene Durchbruch verkannt werden kann bei schon länger bestehendem fluor albus, wobei dann der Arzt nur an eine Zunahme des letzteren denkt.

Zu vermeiden ist dieser Irrtum, wenn man die plötzliche Steigerung und veränderte, eitrige Beschaffenheit des Ausflusses, sodann ferner das Kleinerwerden der Inguinalgeschwulst und die Besserung des Allgemeinbefindens beachtet.

Der Durchbruch in die Vagina ist als ein günstiges Ereignis zu betrachten, weil der Abfluss des Eiters unter der ganzen Last des Abdominaldruckes meist ein beständiger und durch die Vagina ein weiter Kanal geschaffen ist.

Einen zu dieser Kategorie gehörigen Fall führt Schnellen aus den Charitéannalen (Jahrgang 1887, Jahresbericht der chirurgischen Klinik von A. Koehler) an. Es handelt sich um den Durchbruch eines perityphlitischen Abscesses in die Vagina.

Eine 34 Jahre alte Köchin, früher stets gesund, erkrankte 5 Wochen vor ihrer Aufnahme an Schmerzen und Anschwellung in der Ileocoekalgegend, welche nachliessen, als nach 8 Tagen ein stinkender, reichlicher Ausfluss aus der Vagina erfolgte. Bei der inneren Untersuchung fand sich eine kleine Oeffnung im rechten, hinteren Scheidengewölbe, aus welcher bei Druck auf die Ileocoekalgegend sich dicker, gelber Eiter entleerte. Unter Sitzbädern besserte sich der Zustand. Nach einem halben Jahr konnte Pat. geheilt entlassen werden.

Der Uterus wird sehr selten durch perityphlitische Exsudate perforiert, weil seine dicken Wandungen doch immerhin der zerstörenden Wirkung des Eiters einen starken Widerstand zu leisten vermögen.

Langheldt erwähnt unter 112 Fällen von perityphlitischem Exsudat eine Perforation des Uterus.

Es ist sicher, dass diese von der Natur angebahnte und, wie wir sehen, oft erfolgreich durchgeführte Heilung perityphlitischer Abscesse auf dem Wege des Durchbruchs in den Darm oder die Organe des kleinen Beckens durch verschiedene Umstände gefährdet werden kann. Wohl kann sich auf der einen Seite der Eiter in den Darm ergiessen, aber er kann auch zugleich in andrer Richtung einen verderblichen Weg einschlagen, indem er in die Peritonealhöhle oder, wie in dem Falle von Grawitz, ins retrocoekale Bindegewebe durchbricht, um schliesslich noch die

Pleura zu inficieren. (cf. Berliner Klinische Wochenschrift 1889.)

Dass solche Ausnahmen aber nur selten eintreten, hängt nach Sahli offenbar damit zusammen, „dass nach der Seite des Peritoneums hin die sich bildenden Adhaesionen dem Eiter starken Widerstand leisten, einen Widerstand, der deshalb sehr erheblich ist, weil in dem Masse, als die Eiterung an diesen Adhaesionen nagt, sich dieselben gegen das gesunde Peritoneum hin verstärken und weiter vorschieben. Der Vergleich mit einem Damm, der in dem Masse, als er auf der einen Seite von den Fluten angegriffen wird, auf der Rückseite durch neu abgelagertes Material verstärkt wird, erscheint hier nicht unzutreffend.“ Ferner weist Sahli darauf hin, dass dadurch, dass die Infektion vom Darm aus erfolgt, das Darmgewebe das primär geschädigte ist und infolgedessen dem Eiter den Durchbruch sehr leicht gestatten kann. Besonders günstig sind die Abflussverhältnisse in den Fällen, wo, wie Sahli mit Recht hervorhebt, der Wurmfortsatz geradezu als natürlicher Drain für die Leitung von Eiter aus der Abscesshöhle in den Darm sorgt.

Es giebt nun eine Reihe von Fällen, in welchen es nicht zum Abfluss des Abscessinhaltes kommen kann durch Verstopfung des abführenden Weges. Hierdurch werden selbstverständlich die Bedingungen für eine Ausheilung verschlechtert. Dies ist ganz besonders dann der Fall, wenn noch eine Infektion des Abscessinhaltes dadurch zustande kommt, dass eine jauchige Zersetzung desselben eintritt. Es bildet sich dann eine sogenannte Kloake, ein Kotabscess.

Die Folge davon kann eine allgemeine Sepsis sein, oder es kann das Bild der chronischen Peritonitis mit hektischem Eiterfieber auftreten.

In diese Gruppe von Fällen gehört der Fall von Christofflers.

Ein 14jähriges Dienstmädchen wurde mit den Symptomen einer akuten diffusen Peritonitis in die Charité aufgenommen.

Die diffuse Peritonitis ging allmählich in eine circumscripte über, indem sich grössere Exsudatmassen im Becken ansammelten. 4 Wochen nach Beginn der Krankheit brach der Eiter in das Rectum durch. Nachdem dann in den nächsten Tagen unter dem Einfluss der Entleerung des Eiters durch den Stuhl ein erfreuliches Nachlassen der allgemeinen und örtlichen Symptome eingetreten war, der Appetit sich wieder etwas gehoben, das Erbrechen nachgelassen hatte und auch die Auftreibung und Druckempfindlichkeit des Abdomens wieder zurückgegangen war, begannen bald darauf die Symptome der akuten, diffusen Peritonitis von neuem, und zwar in stärkerer Ausdehnung als je zuvor. 21 Tage nach dem Auftreten von Eiter im Stuhl starb Patientin im hoohgradigsten Collaps. Die Sektion ergab, dass der Douglassche Raum nach dem Rectum hin in weiter Ausdehnung eröffnet war und eine ausgedehnte Eiter und Kot enthaltende Kloake bildete.

Die Erfahrung hat gelehrt, dass derartige Ereignisse glücklicherweise verhältnismässig selten sind. Schon Dupuytren erklärt dies, einmal durch die allmähliche Entleerung der Abscesse und dann durch die schiefe Richtung der die Wand der Organe durchsetzenden Gänge, vermöge deren meist ein Klappenmechanismus sich ausbilde. Roser betont dies ebenso wie Sonnenburg, wobei er noch darauf hinweist, dass die innere Oeffnung beträchtlich kleiner ist, als die äussere und obendrein noch in einer weichen, unregelmässig faltigen und wulstigen Schleimhaut liegt.

Bekannt ist, dass in schweren, wie auch in leichten Fällen die Perityphlitis zu Recidiven neigt. Für Fälle, bei welchen es sich um allmähliche Geschwürsbildung resp. um Perforation mit lokaler Peritonitis handelt, berechnet Fitz die Häufigkeit der Recidive auf 11 pCt. In der Statistik Sahlis, welcher leichte und schwere Fälle von Perityphlitis in sich begreift, kommen auf 4593 Fälle 20,8 pCt. Recidive. Uns interessieren nach dieser Richtung

hin vor allem die Fälle, bei welchen ein Durchbruch in benachbarte Hohlorgane stattgefunden hat. „Da wo Abscesse unvollkommen in die Nachbarorgane entleert werden, vermehrt sich das restierende virulente Fluidum rasch und füllt alsbald die alte Höhle von neuem aus. Darminhalt tritt in die Abscesshöhle und macht neue Infektion. Hier handelt es sich gewöhnlich um eine rasche Folge der Anfälle.“ (Sonnenburg.)

Es kann aber auch dann, wenn sämtlicher Eiter abgeflossen ist, ein Recidiv eintreten dadurch, dass Kotsteine nach Abfluss des Eiters in der Höhle liegen bleiben.

Eine besondere Form von Disposition zu Recidiven kann noch durch folgende Komplikationen entstehen: Hat der Processus vermiformis vor dem Durchbruch Verwachsungen mit den benachbarten Organen eingegangen und sind abgekapselte Reste des alten Abscesses vorhanden oder ist der Fortsatz noch entzündet, so kann die Bewegung der mit ihm verwachsenen Organe verhängnisvoll werden. Frankfurter hebt als besonders gefährlich die Verwachsungen mit den weiblichen Genitalien hervor, die bei folgender Schwangerschaft und Ausstossung der Frucht zur Ueberdehnung oder Zerreissung und damit zur Gangrän des entzündeten Processus vermiformis oder zum Platzen des alten Abscesses führen können.

Trotzdem müssen wir auf Grund der Statistik von Fitz, welche sich auf Fälle bezieht, in denen es sich jedenfalls um Eiterbildung handelt, sagen, dass doch überwiegend häufig dauernde Heilung eintritt. Kleine Abscesse entleeren sich leicht vollständig in die Nachbarorgane. Bleiben Reste zurück, so dicken sich dieselben ein, kapseln sich ab oder werden völlig resorbiert. Dass letzteres möglich ist, beweisen die Versuche von Wieland aus dem Berner bakteriologischen Institut. Zurückbleibende Kotsteine können durch ein sie umschliessendes Narbengewebe un-

schädlich gemacht werden, wie ein gelegentlicher Befund Israels zeigt.

Der Processus vermiformis war in dem Falle Israels mit der Blase durch kurze, straffe, bindegewebige Adhäsionen verwachsen, innerhalb welcher sich ein grosser Kotstein fand, ohne dass um diesen die Spur einer Höhle vorhanden gewesen wäre. Vielmehr umhüllte das dicke Bindegewebe dicht den Stein, den Rest des Wurmfortsatzes und die den Stein berührende Wandpartie der Blase. Sonnenburg hält diesen Fall für einen ausgeheilten Abscess, dessen Inhalt nach der Blase zu entleert wurde.

Ist der Durchbruch des Eiters in ein benachbartes Hohlorgan eingetreten, so kommt es für das therapeutische Handeln vor allem darauf an, ob die allgemeinen und lokalen Erscheinungen zurückgehen, es kommt darauf an, ob der Pat. sich nach dem Durchbruch wohler fühlt, ob sein Aussehen besser und der Puls kräftiger wird,ferner, ob noch Fieber, Schüttelfröste vorhanden sind. Speziell wichtig ist die Frage, ob eine mit dem Puls in Widerspruch stehende, abnorm niedrige Temperatur gemessen wird.

Von lokalen Zeichen, welche das Handeln bestimmen, kommt die spontane und die Druckschmerzhaftigkeit, die Auftreibung und die fühlbare Geschwulst in Betracht. Das Verhalten der letzteren hängt natürlich in erster Linie von den Abflussbedingungen des Eiters ab. Sind diese sehr günstig, so kann mit wenigen Entleerungen der fühlbare Tumor verschwunden sein, in anderen Fällen verkleinert er sich langsamer. Das Verhalten der palpablen Resistenz ist somit das beste lokale Kriterium für die Grösse der Entleerung des Abscesses. Die Eitermengen selbst, welche abfliessen, lassen sich ja schwer kontrollieren, am ehesten noch bei Blasenperforationen, indessen kann sich trotz reichlicher Entleerung von Eiter in der Zwischenzeit die Abscesshöhle von neuem füllen. Die Menge des ausgeflossenen Eiters besagt also nur wenig über die Grösse

des Rückstandes. Bei Durchbruch in den Darm fällt der Eiter, wie wir gesehen haben, bald einer Zerstörung durch Fäulnisbakterien anheim. Hier fehlt also jeder genaue Massstab über die Grösse der Entleerung und über die Grösse des Rückstandes.

Geht die Entleerung eines Abscesses nach dem Durchbruch in eines der benachbarten Hohlorgane gut von statten, wird das Allgemeinbefinden nach dem Eintreten dieser Komplikation ein besseres, der Tumor kleiner, die Schmerzhaftigkeit geringer, so liegt kein Grund vor, die Natur auf dem Wege zu hindern, auf welchem sie ihre Heilbestrebungen kundgiebt. Es liegt auch kein Grund vor, ihr auf diesem Wege besonders zu Hilfe zu kommen.

Die letztere Indikation liegt nur dann vor, wenn es zur Eiterverhaltung mit den Zuständen kommt, die wir im vorhergehenden angedeutet haben. Speziell bei der Blase dürfte als Unterstützung für die Heilbestrebungen der Natur die Anregung einer kräftigen Diurese behufs energischer Durchspülung der Blase von der Niere her in Frage kommen. (Diuretin, reichliche Flüssigkeit.)

Eventuell kommen noch Mittel in Betracht, welche dem Urin eine desinficierende Eigenschaft geben. In unserem 1. Falle wurde Salol mit gutem Erfolge gegeben. Vor allem aber hüte man sich davor, Blasenausspülungen zu machen, da bei brüsken Bewegungen der Blase Adhaesionen gelöst werden können, deren Zerreissung direkt lebensgefährlich werden kann.

Ich glaube in meiner Arbeit die Punkte hervorgehoben zu haben, welche die Aussichten einer Spontanheilung durch Perforation in benachbarte Organe doch als nicht so ganz gering erscheinen lassen. Im Einzelfall bleibt es allerdings der Erfahrung und dem Takt des behandelnden Arztes überlassen, wann er chirurgisch vorgehen soll. Jeder Fall muss individuell behandelt werden. Gehen die Erscheinungen, allgemeine und lokale, nach Eintritt der

Perforation nicht zurück, so ist ein chirurgischer Eingriff am Herde indiciert, ebenso wenn nach anfänglicher Besserung neue Verschlimmerungen auftreten. Im allgemeinen wird man sich am besten abwartend verhalten. Ich schliesse mich dem Urteil Sahlis an, „dass man den Pat. nicht die grossen Chancen der Naturheilung verkümmern darf dadurch, dass man sie operiert, sobald man ihrer dafür habhaft werden kann.“ Freilich muss man stets mitten im Frieden kampfbereit und bewaffnet die Entwicklung der Dinge verfolgen.

Die grossen Erfolge, welche die innere Therapie durch eine konsequente und reichliche Opiumbehandlung in früheren Jahren auf dem Gebiet der Perityphlitis erzielt hat und noch erzielt, zeigen aufs deutlichste, wie wichtig es ist, die vis medicatrix naturae in ihren Bestrebungen nicht vorzeitig zu stören, und wenn auch in schwierigen Situationen das Messer des Chirurgen gerade bei der Perityphlitis Triumphe feiert, wie selten bei irgend einer anderen Krankheit des Abdomens, so muss demgegenüber doch auch auf die Heilerfolge hingewiesen werden, welche die innere Therapie gerade auch in den Zeiten hatte, als der Unternehmungslust des Chirurgen noch nicht durch die moderne A- und Antisepsis ein so weites und an Erfolgen so reiches Feld geschaffen war. Den Vorteil muss man jedoch einer chirurgischen Therapie a priori zuerkennen, dass sie in denjenigen Fällen, wo es gelingt, den Wurmfortsatz zu entfernen, ein Recidiv mit fast absoluter Sicherheit hintanhält. Aus diesem Grunde liegt bei schweren recidivierenden Formen, besonders, wenn ein Recidiv das andere an Bösartigkeit überbietet, eine Indikation zu einem chirurgischen Eingriff vor, zum Zweck der Resektion des Wurmfortsatzes. Ob man im Anfall oder im Intervall operiert, wird in jedem einzelnen Falle verschieden sein und nicht zum mindesten auch von einer Reihe äusserer Umstände abhängen.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Senator für die gütige Ueberlassung der Fälle, sowie Herrn Oberarzt Dr. Strauss für die liebenswürdige Unterstützung bei dieser Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Die Pathologie und Therapie der Typhlitiden. Verhandlungen des Kongresses für innere Medizin. XIII. Kongress. Wiesbaden 1895.
2. Sonnenburg: Pathologie und Therapie der Perityphlitis. Leipzig 1895.
3. Herzfelder: Ueber die Perforation des Blinddarmwurmfortsatzes.
4. Grisolle: Histoire des tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques. Archives générales de médecine.
5. Lever: Cases of Pelvic Inflammation.
6. Tüngel: Klinische Mitteilungen. Hamburg 1860.
7. Wagner: Ueber nicht traumatische Perforation der Blase und ihre Folgezustände. Langenbecks Archiv, Band 44.
8. Monatsschrift für Geburtskunde. Band XXI, Seite 252.
9. Langheld: Zur Aetiologie der Perityphlitis. Inaug.-Diss. Berlin 1890.
10. Christofflers: Ueber unglückliche Zufälle bei dem Durchbruch abgekapselter peritonitischer Abscesse in den Darm. Inaug.-Diss. Berlin 1887.
11. Schnellen: Zur Kasuistik der Perityphlitis. Inaug.-Diss. Berlin 1890.
12. Pfannkuch: Ueber die Diagnose und Therapie der perityphlitischen Abscesse. Marburg 1869.
13. Frankfurter: Zur Pathologie und Therapie der Perityphlitis und Appendicitis. Strassburg 1893.
14. Baumgärtner: Beitrag zur Frage der Behandlung der Perityphlitis. Berliner klinische Wochenschrift, 1894 No. 35, 1895 No. 19.

Thesen.

I.

Bei Durchbruch intraabdominaler Abscesse in die Blase sind Blasenausspülungen zu verwerfen.

II.

Die Anwendung von Eisenchloridwatte ist bei frischen Verletzungen zu vermeiden.

III.

Bei Neuralgieen ist die Ausdrehung der Nerven der Durchschneidung vorzuziehen.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Otto Theodor Oesterlen, Sohn des Gymnasialdirektors und Oberstudienrats Theodor Oesterlen, evangelischer Konfession, wurde am 2. Februar 1872 zu Stuttgart im Königreich Württemberg geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Eberhard-Ludwigs-Gymnasium zu Stuttgart, welches er im Herbst 1890 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Im Oktober 1890 wurde er in das Königliche med.-chirurg. Friedrich-Wilhelms-Institut zu Berlin aufgenommen. Seiner Dienstpflicht mit der Waffe genügte er vom 1. April bis 1. Oktober 1891 bei der 7. Kompagnie des 2. Garde-Regiments zu Fuss zu Berlin. Am 9. Juli 1892 bestand er die ärztliche Vorprüfung und am 10. Juli 1894 das Examen rigorosum. Am 15. Februar 1895 wurde er durch Verfügung des Kgl. württemb. Kriegsministeriums zum Unterarzt im 7. Kgl. württ. Infanterie-Rgt. Kaiser Friedrich No. 125 ernannt und auf ein Jahr zum Kgl. Charité-Krankenhause kommandiert. Nach Ablauf dieses Jahres wurde er behufs Ablegung der ärztlichen Staatsprüfung zur Kaiser-Wilhelms-Akademie kommandiert.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren:

v. Bardeleben (†), v. Bergmann, du Bois-Reymond, Dilthey, Dirksen, Engler, Ewald, Fräntzel (†), Gerhardt, Goldscheider, Gurlt, Gusserow, Hartmann (†), Hirschberg, v. Hofmann (†), Heubner, Ilberg, Jolly, Israel, Jürgens, A. Köhler, R. Köhler, Kossel, Kundt (†), Lewin (†), v. Leyden, Liebreich, Nasse, Olshausen, Oppenheim, Rubner, Salkowski, Schweigger, Schwendener, Schweninger, Schulze, Siemerling (Tübingen), Sonnenburg, Strassmann, Trautmann, Virchow, Waldeyer, Walther, Wernicke, Winter.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht der Verfasser seinen ehrerbietigsten Dank aus.